

- [12] Tozaki M, Sakamoto M, Oyama Y, et al. Monitoring of early response to neoadjuvant chemotherapy in breast cancer with ^1H MR spectroscopy: Comparison to sequential 2- ^{18}F -fluorodeoxyglucose positron emission tomography. J Magn Reson Imaging, 2008, 28(2):420-427.

- [13] 陈蓉, 石丹凤, 张玉龙, 等. MRI 在乳头溢液性疾病中的应用. 中国医学影像技术, 2013, 29(9):1469-1472.

Pituitary adenoma concomitant with craniopharyngioma in saddle area: Case report

鞍区同时合并垂体瘤和颅咽管瘤 1 例

牛 蕾¹, 隋庆兰¹, 何兴荣², 刘学军¹

(1. 青岛大附属医院放射科, 2. 神经外科, 山东 青岛 266000)

[Key words] Saddle area; Pituitary adenoma; Craniopharyngioma; Magnetic resonance imaging

[关键词] 鞍区; 垂体瘤; 颅咽管瘤; 磁共振成像

[中图分类号] R739.41; R445.2 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2014)10-1504-01

患者男, 49 岁, 左眼颞侧视力下降半年余。垂体 MR 平扫示: 蝶鞍扩大, 鞍内、鞍上分叶状不规则异常信号影, 约 40.7 mm×18.3 mm×32.4 mm, 病变内信号极不均匀, 可见多发囊状短 T1 长 T2 信号, 鞍内囊性病变周围实性成分呈等 T1 等 T2 信号, 左侧鞍上实性成分呈稍长 T1 长 T2 信号(图 1), 病变边界不清, 突入双侧海绵窦, 包绕部分颈内动脉, 视交叉受压上抬。动态增强后鞍上囊性病变始终呈短 T1 信号, 鞍内囊性病变信号减低、鞍内囊性病变周围实性成分呈轻度延迟强化、左侧鞍上病变呈蜂窝状强化(图 2)。MRI 诊断为鞍区病变。行肿瘤切除术, 术中见肿瘤分鞍内及鞍上两部分: 鞍上肿瘤为灰红色, 囊实性, 有点状钙化, 约 2.5 cm×2.0 cm×1.8 cm; 鞍内肿瘤质地稀软, 灰红色, 约 2.0 cm×2.0 cm×1.8 cm。病理结果: 鞍上病变为颅咽管瘤(造釉细胞型), 免疫组化: P53(+), Ki-67(<1%), CK(+), CK5/6(-), P63(+), 34βE12(++); 鞍内病变为垂体腺瘤, 免疫组化: FSH(+), PRL、TSH 偶见阳性细胞, 考虑为促性腺激素垂体腺瘤。

讨论 鞍区是蝶鞍及其周围的区域, 包括鞍内、鞍上及鞍旁。垂体腺瘤源于垂体前叶的上皮组织, 是鞍区最常见的肿瘤。垂体瘤坏死囊变少见, 部分可出血卒中, 较大的垂体瘤可突入海绵窦包绕颈内动脉。颅咽管瘤为上皮来源, 是儿童鞍区最常见肿瘤。颅咽管瘤组织学类型分两种。釉质型颅咽管瘤, 多见于儿童或青少

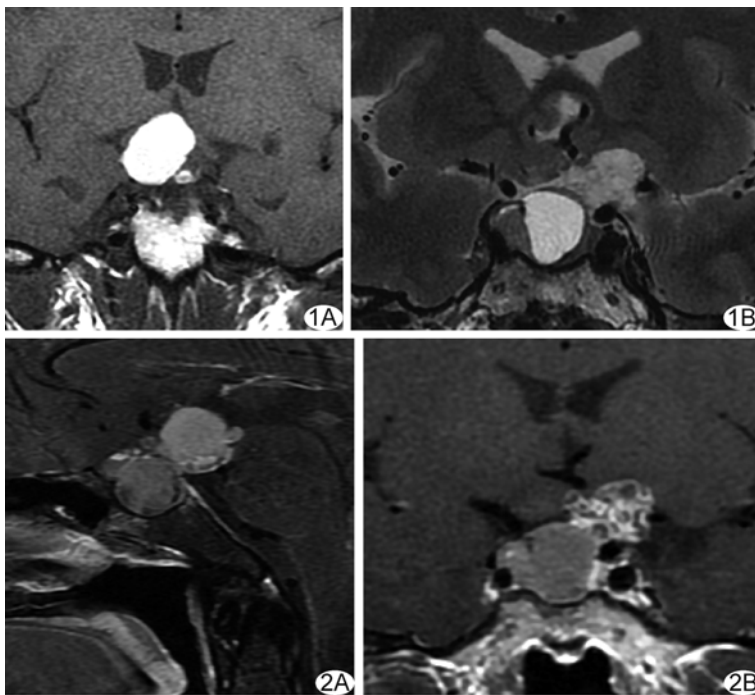


图 1 MR 冠状位平扫示蝶鞍扩大, 鞍内、鞍上分叶状不规则异常信号, 可见多发囊状短 T1(A)长 T2(B)信号, 病变局限性突入双侧海绵窦, 包绕部分颈内动脉

图 2 MR 增强扫描示鞍上囊性病变始终呈短 T1 信号, 鞍内病变实性成分呈延迟轻度强化, 左侧鞍上病变呈蜂窝状强化 A. 矢状位; B. 冠状位

年, 5~10 岁为发病高峰, 表现为鞍区囊性病变, 多可见钙化, 正常垂体受压变形; 乳头状颅咽管瘤, 发病高峰为 40~60 岁, 病变呈实性, 一般无钙化, 好发于 3 脑室, 正常垂体组织存在。根据病变的发病年龄、影像学表现(包括病变部位、形态、有无囊变、有无钙化、与正常垂体关系、是否侵犯海绵窦以及向鞍上生长方向等)可区分垂体瘤和颅咽管瘤, 但垂体瘤同时合并颅咽管瘤较罕见。

[作者简介] 牛蕾(1985—), 女, 山东滨州人, 医师, 硕士。

E-mail: hera007@sina.com

[收稿日期] 2014-05-22 [修回日期] 2014-06-27